

- distal phalanx. Arch. Orthop. Trauma Surg. 2000; 120 (1-2): 9-13.
26. *Hin-keung Wong, Cho-yeet Lam, Kam-yiu Wong.* Treatment of phalangeal and metacarpal fractures: A review. Pb Journal of Orthopaedics; 2008: 1. 42-50.
27. *Ishiguro T.* A new method of closed reduction for mallet fracture using extension-block Kireschner wire. Cent. Jpn J. Orthop. Trauma Surg. 1988; 6: 413-5.
28. *Nakamura K., Nanjyo B.* Reassessment of surgery for mallet finger. Plast. Reconstr. Surg; 1994: 93 (1): 141-9.
29. *Pegoli L., Toh S., Arai K., Fukuda A., Nishikawa S., Vallejo I.G.* The Ishiguro extension block technique for the treatment of mallet finger fracture: indications and clinical results. J. Hand Surg. Br. 2003; 28 (1): 15-17.
30. *Badia A., Riano F., Miami F.L.* A simple fixation method for unstable bony mallet finger. J. Hand Surg. 2004: 6: 1051-5.
31. *Crawford G.P.* The molded polythelene splint for mallet finger deformities. J. Hand Surg. Am; 1984: 9 (2): 231-7.
32. *Stern P.I., Kastrup J.J.* Complications and prognosis of treatment of mallet finger. J. Hand Surg; 1988: 13 (3): 329-34.
33. *Abouna J.M., Brown H.* The treatment of mallet finger. The results in a series of 148 consecutive cases and a review of the literature. Br. J. Surg. 1968; 55: 653-67.

Сведения об авторах: Бугаев Д.А. — канд. мед. наук, ассистент кафедры поликлинической хирургии СГМА; Горбунов В.Я. — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической хирургии СГМА; Деревянко Д.В. — врач травматолог-ортопед Городской поликлиники № 114», центр травматологии и реабилитации Приморского района.
Для контактов: Бугаев Дмитрий Александрович. 356000, Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ, дом 44/2, кв. 38. Тел.: +7 (909) 760-57-14. E-mail: dimairabu@rambler.ru

© И.Д. Булюбаш, 2013

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ

И.Д. Булюбаш

ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России, Нижний Новгород, РФ

Ключевые слова: ампутация верхней конечности, приспособление, копинг-стратегии, дистресс, посттравматическое стрессовое расстройство, тревога, депрессия, психотерапия.

Peculiarities of Psychological Adaptation of Patients with Upper Ex tremity Amputation Defects Resulted from Trauma

I.D. Bulyubash

Key words: upper limb amputation, adjustment, coping-strategies, distress, post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, psychotherapy.

Что означает ампутация для пациента? Что она значит для его семьи, друзей и коллег? Как реагирует пациент на потерю? Как он отвечает на нее в социальном плане, эмоционально и профессионально? Меняется ли он психологически? Появляются ли новые потребности? Влияет ли протезирование на восстановление психологического здоровья? Какие психологические интервенции адекватны его состоянию? Ответы на эти вопросы в значительной степени описывают течение процесса адаптации при наличии ампутационного дефекта верхней конечности.

Ампутационный дефект верхней конечности как стигматизация пациента

По Э. Гоффману, стигматизация в социальном смысле — это наличие у индивидуума постыдного в обществе качества и ожидаемое отношение к нему, снижающее способность к полноценной социальной жизни из-за лишения права на общественное признание [1]. Нарушение образа тела

(комплексного конструкта, включающего ощущения, чувства и мысли о нашем теле и телесном опыте) приводит ко многим сложным психологическим проблемам, поскольку доминантным дискурсом западной культуры является физическая привлекательность индивидуума [2]. В то же время очевидной является негативная позиция в отношении людей, имеющих ампутационные дефекты конечностей [3]. Поскольку наше тело является формой бытия в мире, ампутация представляет собой не только потерю части тела, но потерю социального, эстетического и функционального тела в целом [2]. Изменение образа тела у пациента нередко влечет за собой ощущение изменений в собственной личности, что побуждает к созданию новой концепции себя самого.

Рука — видимая часть тела, имеющая существенную культурную значимость. Она необходима для приветствия, обозначения принадлежности, а также значима эстетически. Невозможность скрыть протез или потерю конечности создает си-

туацию постоянного физического отличия от других людей. Изменение конфигурации тела автоматически придает индивидууму статус меньшей ценности и инакости, в результате чего все пациенты после ампутации меняют свой взгляд на себя. Феноменологическое описание опыта стигматизации у пациентов с ампутациями акцентировало имеющийся у индивидуумов интернализированный стыд и стресс, связанный с недостаточным социальным принятием, а также изоляцию и чувство одиночества [4].

Напоминания о потере и стигме (т.е. негативных отличиях) присутствуют постоянно, при этом человек с ампутационным дефектом верхней конечности не имеет возможности почувствовать себя «невидимым», не привлекающим внимания окружающих. В жизни такого человека очень часто возникают ситуации, когда окружающие люди предлагают ненужную ему помощь. Пациенты нередко рассматривают это как показатель снижения своего статуса — неполноценность [5]. В таком случае нередким является феномен изоляции, когда пациент уменьшает или даже прекращает свою социальную активность. Даже позитивное внимание реабилитационного персонала к тому, как именно пациенты приспосабливаются к потере конечности, может перегружать их эмоционально.

Помимо этого, пациенты имеют затруднения в повседневной деятельности в связи с отсутствием схвата или невозможностью делать что-то без обеих рук. В функциональном отношении для большинства ситуаций потеря кисти может быть приравнена к потере руки в целом. Если же еще и утрачена функция доминантной конечности, пациентам приходится учиться делать все другой рукой. В связи со всеми этими особенностями эмоциональное приспособление к потере верхней конечности происходит дольше, чем к потере нижней [6]. Интенсивность фрустрации зависит также и от того, насколько важны цели, стоящие перед пациентом. Чувствуя себя хорошо применительно к тривиальным задачам, пациент может быть фрустрирован неудачей в достижении более значимых целей [5].

Таким образом, ампутация кисти или руки в целом вызывает у индивидуума ощущение потери прежних возможностей и серьезно нарушает его способность к независимости и участию в социальной жизни. Традиционно профессионалы-реабилитологи и протезисты стараются улучшить физическое функционирование пациента, в то время как психологическое функционирование часто остается вне сферы их внимания [7]. В связи с этим необходимо осмыслить данные, касающиеся психологических и психопатологических реакций пациентов с ампутационными дефектами верхней конечности, а также особенности их приспособления к своему дефекту и способы психологических интервенций, улучшающих такое приспособление.

Изменение психического состояния: депрессия, тревога и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Клинические и психодиагностические исследования психического состояния пациентов с ампутациями чаще всего выявляют тревогу, депрессию и симптомы ПТСР [7–12].

Учитывая эффект, который депрессия может оказать на повседневную жизнь пациента, исследование эмоционального состояния пациента может оказать определенное влияние на эффективность ортопедического лечения. Распространенность депрессивных состояний среди 914 пациентов с ампутациями составила около 30% [9, 11, 13], причем необходимое лечение получает только 44,6% пациентов с депрессией [9]. В то же время А. Afshar и соавт. [14] диагностировали депрессивные симптомы почти у половины пациентов с ампутациями обеих кистей. Однако не все авторы разделяют точку зрения о значительной распространенности депрессии у пациентов с ампутационными дефектами. По мнению [12], депрессия, измеренная надежным инструментарием, встречается не так уж часто, тревожные состояния имеют место намного чаще. При этом чрезмерное фокусирование на негативных реакциях в хирургии препятствует формулированию реалистических результатов, таких как поиск позитивного смысла [7, 15]. Такой разброс данных по распространенности депрессии может быть обусловлен особенностями диагностических критериев (клинические по DSM-4 или психодиагностические), тяжестью патологии, а также периодом исследования. Так, О. Horgan и соавт. [16] считают, что частота депрессии у пациентов с ампутациями снижается до уровня популяции в течение первых двух лет. Однако самым уязвимым по развитию депрессии периодом, по мнению К. Wetterhahn и соавт. [17], является второй год после ампутации.

При сравнении пациентов с ампутацией верхней и нижней конечности была установлена большая частота депрессии и симптомов ПТСР в первой группе пациентов, причем по выраженности и частоте болевого синдрома указанные группы не отличались. Авторы делают вывод о большей психической уязвимости пациентов с ампутациями верхней конечности [12, 17, 18].

Риску развития депрессии в большей степени подвержены пациенты молодого возраста [19], с сопутствующими заболеваниями, тяжелыми фантомными болями и болями другого характера, не имеющие семьи и разведенные [9], склонные к пессимизму и негативной оценке событий, а также с низким контролем над собственным состоянием и лечением [20], пациенты с преморбидной личностной дисфункцией [21], склонные к катастрофизации боли и уже имевшие депрессию до травмы [22], пациенты, демонстрирующие такой защитный механизм, как отрицание, избегающие обсуждения своей проблемы, а также формирования соб-

ственной точки зрения на существующее положение дел [11].

Кроме депрессии у пациентов с травматическими ампутациями верхней конечности нередко присутствуют симптомы ПТСР. Они манифестируют ночными кошмарами, навязчивыми воспоминаниями травматического случая (флэшбэк), избеганием темы ампутации, эмоциональной анестезией и нередко повышенным возбуждением. Такое расстройство развивается чаще при травматических ампутациях конечности (в отличие от плановых хирургических) [23]. Отказ от лечения ПТСР может повлиять на решение протезироваться и успешно применять протез [6]. Большое значение для психологических последствий ампутации имеет наличие косметического дефекта (особенно для женщин). У пациентов с ампутациями пальцев кисти симптомы ПТСР присутствуют независимо от уровня функциональных ограничений. Эти симптомы встречаются почти в два раза чаще у пациентов с последствиями ожогов (35% против 18,5%) [24].

Исследование других видов психической патологии у пациентов, получивших травматическую ампутацию конечности, выявляет преморбидные психические нарушения в 60% случаев. Одними из наиболее часто встречающихся являются алкоголизм и химическая зависимость, гораздо реже отмечаются депрессии с суицидальными попытками, личностные расстройства и задержка психического развития [25].

Психологические характеристики и проблемы пациентов с ампутациями верхней конечности, влияющие на их адаптацию

Итак, психологические реакции на такое значимое событие, как ампутация конечности, выражаются в депрессии, проблемах с образом тела, нарушении социальных интеракций [4]. Индивидуальный ответ на это травматическое событие зависит от личностных черт, преморбидного психического состояния, пола, социальной поддержки, адекватности совладающего поведения [26]. Главные проблемы, о которых сообщают пациенты с ампутациями верхней конечности, это страх неопределенности, низкая самооценка, потеря самоуважения, страх отвержения и потеря профессии [27]. Отмечается также такая, влияющая на психологическое приспособление пациентов проблема, как нарушение образа тела [28]. В реакциях пациентов имеются и гендерные отличия. Большинство женщин после ампутации беспокоит создание иллюзии неповрежденной конечности, в то время как большинство мужчин обеспокоено эффективным восстановлением функции [16].

Ампутационный дефект требует пересмотра образа тела. Интересно, что хорошо адаптировавшиеся пациенты с ампутациями в тесте «Нарисуй человека» рисуют человека с более короткой конечностью или без нее, в то время как плохо адаптиро-

вавшиеся изображают утраченную конечность больше, чем другую, или более четко, чем интактную [28]. Отношение к образу тела связано с социальным принятием, пациенты часто не уверены в позитивном восприятии их другими людьми. Важно обращать внимание пациентов на остаточные позитивные возможности [29]. К. Wetterhahn и соавт. [17] выявили значительную положительную корреляцию между образом тела и физической активностью. Авторы предположили, что нарушение образа тела связано не с эмоциональными проблемами, а с отсутствием функции, что должно решаться с помощью восстановительного лечения. К. Fisher и соавт. [25] показали, что проблема нарушения образа тела касалась в основном популяции молодых пациентов с травматическими ампутациями. Жалобы на дистресс были наиболее очевидными в начальном периоде после травмы и нередко сохранялись спустя 4–6 мес после травмы в результате снижения социальной поддержки пациента.

Наличие и характер психологических проблем во многом зависят от преобладающего личного стиля. Так, у нарциссически ориентированных индивидуумов, рассматривающих ампутацию как покушение на свое достоинство и самооценку, нередко развивается депрессия. Пациенты с преморбидной депрессией после ампутации склонны к дисфориям. Застенчивые и неуверенные индивидуумы, больше страдают от потери конечности, чем уверенные в себе. Зависимые личности могут тяготеть к роли больного и испытывать облегчение от уменьшения ответственности. Неожиданные реакции на ампутацию могут быть обусловлены вторичной выгодой. Если ампутация приводит к разрешению неосознаваемого психологического конфликта, индивидуум может стать даже счастливее, чем до ампутации [29].

Причиной значительного количества психологических проблем у пациентов с ампутациями считается отсутствие психологической поддержки. Так, одинокие и овдовевшие индивидуумы страдают от большего психологического дистресса во время адаптационного процесса, чем те, кто имеет семью. Особенно важно присутствие поддерживающего партнера, который подходит гибко к процессу приспособления, помогая, когда это необходимо, и передавая ответственность пациенту, если он сам в состоянии что-то сделать. Родители часто предоставляют своим детям больше поддержки, чем это необходимо. Для успешной адаптации важна поддержка сверстников (друзей, коллег) [29].

В классическом исследовании J. Siller и S. Silverman, выполненном еще в 1958 г. и актуальном в настоящее время, был рассмотрен ряд психологических характеристик, влияющих на приспособление пациента к травме [5]. Авторы разработали опросник, позволяющий сориентироваться относительно принятия пациентом потери, идентификации с ограничениями возможностей, функциональ-

ной адекватности, независимости, общительности, оценки принятия другими людьми, степени фрустрации и оптимизма. Изучая результаты опроса, авторы отметили явную тенденцию к отрицанию и преуменьшению различий (стигматизации) с людьми, имеющими обе руки. Наличие такой тенденции может свидетельствовать о склонности пациентов не только отрицать физические различия, но и преуменьшать свое эмоциональное страдание, что может отражаться на результатах клинической и психологической диагностики, а также результате реабилитации.

Пациенты, участвовавшие в исследовании, отрицали наличие большего, чем у двуруких людей, количества личностных проблем, считая свои физические возможности такими же, как у окружающих. Большинство пациентов отвергали предположения о своей зависимости, отрицали факты дискриминации окружающими (в том числе работодателями), а также фрустрацию, чувствительность к мнению окружающих, изоляцию, «неоптимистические чувства» печали, униженности, собственной неадекватности или депрессивное состояние. Эти чрезмерно оптимистические и социально желательные ответы подчеркивали значимость потребности быть похожими на окружающих физически и психологически. Так, тенденция показывать себя самодостаточным может быть связана с особенностями культуры, где поощряются личностные достижения и компетенции, а зависимые личности имеют низкий статус. Реальная степень зависимости от других людей может быть искажена в угоду требованиям общества.

Впрочем, реальность может быть искажена и в сторону увеличения зависимости у личностей с низким базовым доверием, которые ищут в зависимых отношениях защищенности, внимания или любви. В некоторых случаях пациенты демонстрируют сильную зависимость вплоть до эксплуатации ограничений и игнорирования остаточных возможностей. Нередко таким образом они избегают ответственности и получают возможность контроля над близкими людьми с ограничением их свободы в связи с «отсутствием возможностей» у пациента. Пациенты, которые испытывают чувство незащищенности (зависимые), могут искать помощи во всех ситуациях, а контрзависимые пациенты неразумно ее отвергать.

Семья пациента играет важную роль в попытках пациента достичь самодостаточности и удовлетворения своих потребностей, во многом определяя реакцию пациента на травму и ограничения. Позиция пациента в отношении его семьи является комбинацией стремления к независимости и проговариваемым или непроговариваемым желанием помощи. При хороших семейных отношениях обе потребности удовлетворены.

Пациенты демонстрируют два основных типа реакций на фрустрацию. Первый тип — это на-

целенность на компенсацию потери, преодоление препятствий к достижению цели. Второй тип — это направление больших усилий на сохранение самооценки и устранение тревоги, чем на достижение целей. Целеориентированные реакции на фрустрацию характеризуются способностью пациентов воспринимать реальность ампутации без самообмана. Второй, или эгопротективный, тип реакций на фрустрацию характеризуется избеганием последствий потери, искажением реальности и отрицанием фрустрации (и даже инвалидности). Пациент ограничивает свою вовлеченность в жизненные ситуации, чтобы снизить уровень фрустрации или избежать условий, в которых эта фрустрация становится явной. Именно такие защитные действия ведут, по мнению авторов, к невротическим симптомам: гиперчувствительности, полной зависимости, закрытости, соматическим жалобам, тревоге, социальной изоляции и другим симптомам.

Процесс адаптации и приспособление к ампутационному дефекту

Стрессоры, связанные с ампутацией конечности, предъявляют высокие требования к способности человека поддерживать свое эмоциональное благополучие и могут вызывать неадаптивные реакции, ведущие к плохому приспособлению. Степень, в которой они оказывают свое влияние, зависит от особенностей копинг-стиля, который используется пациентом для управления опытом травмы или заболевания [31]. Основным предиктором ответа на травму и ампутацию является индивидуальный копинг-стиль [32]. Распознавание копинг-стиля, а также внешних факторов, которые влияют на приспособление, позволяет разработать индивидуальный план лечения.

Психологические проблемы адаптации пациента к дефекту появляются на более поздних стадиях после ампутации, когда пациент пытается приспособиться к повседневной жизни. Период от 6 до 24 мес после ампутации может быть подходящим временем для оптимизации копинг-стратегий [33]. В самом начале реабилитационный процесс часто выявляет и ощущение сниженной продуктивности, поскольку в этот момент неясна степень возможного восстановления функций и не сформированы представления о будущей трудоспособности [20].

К факторам, связанным с позитивным приспособлением к потере конечности, относят: время после ампутации, социальную поддержку, удовлетворенность протезированием, попытки активного приспособления, оптимистическую позицию, низкий уровень фантомной боли [16]. На способность успешно приспособиться к ампутационному дефекту влияют выраженность боли, уровень остаточных возможностей, адекватность протезирования, наличие социальной поддержки, ре-

акции близких, а также копинг-стиль пациента. Послеампутационные депрессии, по мнению [34], являются результатом неудачного приспособления. Они проходят от поддерживающего лечения, вовлечения в восстановительный процесс, а также кратковременного приема антидепрессантов. Неадаптивный копинг-стиль — это капитуляция, гиперкомпенсация или избегание. Гиперкомпенсация принимает форму враждебности, контрзависимости (с отказом от помощи), поиска признания, манипулятивности или обсессивности (застывания на мелких деталях состояния). Капитуляция — это принятие роли больного, требования к высокому уровню ухода и отказ от реабилитации. Избегание может принимать форму химической аддикции, психологического ухода и социальной изоляции. Позитивные копинг-стили — это уверенность в себе, юмор, формирование планов на будущее, активный поиск помощи в разрешении проблем. Необходимость фасилитации позитивного приспособления к ампутации отмечают и другие исследователи [4, 35].

Чаще всего с плохим приспособлением связывают такой стиль приспособления, как избегание. Целью исследования [11] было определить связи копинг-стратегий с прогнозом приспособления. Психосоциальное приспособление рассматривалось как отсутствие клинически выраженных симптомов тревоги и депрессии, а также активное использование протеза. Особенности психосоциальной адаптации оценивались по четырем шкалам опросника «Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales» (TAPES). *Общее приспособление* отражает степень, в которой имеется приспособление и принятие протеза. *Оптимальное приспособление* — это оптимистический взгляд и позитивная оценка жизни, несмотря на травму и ампутацию, а также активное использование протеза. *Социальное приспособление* отражает реакции пациента на протез в социальных ситуациях. *Приспособление к ограничениям* отражает ограничения в использовании протеза. С психологическим дистрессом (уровень депрессии и тревоги) и плохим социальным приспособлением была значимо связана копинг-стратегия избегания. В то же время такая копинг-стратегия, как «ориентация на решение проблем» была связана с низким уровнем депрессии.

Эффективное приспособление к ампутационному дефекту предполагает участие реабилитационной команды на каждом этапе лечения. Команда состоит из ортопеда, протезиста, врача-трудотерапевта, физиотерапевта, психолога, профконсультанта и социального работника [36]. Цель командной работы — вернуть пациенту с ампутацией осмысленную жизненную роль способом, который удовлетворяет пациента. Сюда включаются не только хирургические вмешательства, уход за раной, приспособление к протезу, но и внимание к эмоциональному состоянию пациента [7].

Для того чтобы добиться успешного приспособления, необходима осмысленная деятельность, которая может показать пациенту его возможности. Такой деятельностью может стать трудотерапия [32], при этом трудотерапевт должен рассматривать не только ампутационный дефект сам по себе, но и индивидуума как целостную личность [37]. Эта работа по своей сути близка к работе психотерапевта, поскольку используемые инструменты ориентированы на индивидуальность пациента.

Психологические проблемы протезирования

Сложность и разнообразие функций кисти, ее участие в коммуникации и самопредъявлении формируют существенные вызовы для реабилитации и протезирования [38]. Чем раньше выполнено протезирование, тем меньший психологический дистресс наблюдается у пациента. В отсутствии протезирования повышается уровень тревоги, печали и застенчивости. Оно необходимо для сохранения образа тела и концентрации на будущих функциях в большей степени, чем на потере руки [29]. Одной из главных целей протезирования является реинтеграция пациента с ампутационным дефектом в общество [39].

На использование протезов большое влияние оказывает эмоциональные и психологические факторы [5, 40]. Исследование, проведенное J. Siller и соавт. [5], показало, почему большинство пациентов предпочитает протезироваться. Все они хотели выглядеть функционально независимыми и демонстрировать свои функциональные достижения, а также принимать помощь при необходимости. С точки зрения авторов, пациенты реагировали в русле социально-желательных ответов, т.е. были конформны в отношении культуральных требований к уверенности в своих силах (или независимости) и отрицали любые предположения за рамками полной нормальности. Истинные эмоциональные реакции пациента из полученных данных не были ясны.

В то же время пациенты, впервые надевшие протез, отметили увеличение чувства защищенности в социальных ситуациях (меньшая склонность к изоляции и ожиданию жалости от других людей, поиск помощи в трудных ситуациях). При повседневном ношении протеза также возрастают толерантность к чужому любопытству и уверенность в себе, а также склонность рассматривать социальные ситуации без негативных интерпретаций, уменьшается склонность жалеть себя. В потенциально опасных ситуациях протез дает возможность держать себя в руках и быть уверенным в себе даже тогда, когда он непосредственно не функционален. По мнению авторов, протезирование поддерживает чувство функциональной адекватности пациентов. В целом пациенты, которые носят протез, лучше адаптированы и приспособлены к повседневной жизни, чем те, которые его не носят.

Психотерапия пациентов с последствиями ампутации верхней конечности

Психотерапия может помочь тем, кто испытывает трудности в приспособлении после травматической ампутации верхней конечности [33]. Это могут быть индивидуумы, испытывающие горе по поводу утраты конечности (патологическое горе, отсроченное горе), страдающие от флэшбэков, изоляции или расстройств сна. В индивидуальной терапевтической работе с пациентом могут быть выражены трудные чувства гнева, тревоги и печали. Семейная терапия может быть направлена на формирование сбалансированной семейной поддержки потребностей пациента и достижение максимально возможной независимости. В фокусе терапии могут оказаться семейные проблемы, хроническая депрессия, тревога, зависимость от лекарств, алкогольная зависимость или антисоциальное поведение [29]. Арттерапия направлена на достижение чувства индивидуальной и общественной значимости, ценности, повышение качества жизни [41].

Для улучшения адаптации пациентов и психологического приспособления к ампутационному дефекту J. Расу [29] рекомендует организацию групп самопомощи, обеспечивающих поддержку в процессе приспособления. Групповой опыт оказывает большое влияние на пациентов и их семьи. Он помогает им избавиться от жалости к себе и излишней зависимости, а также сфокусироваться на участии в полноценной здоровой жизни. Такая группа может быть создана при реабилитационном центре или крупном стационаре, а вести ее могут сами пациенты, уже прошедшие такой тренинг. Отзывы участников о работе таких групп свидетельствуют о появлении большей уверенности в себе и уменьшении дистресса, связанного с социальными ситуациями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоффман Э. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Гл. 5. Отклонения и девиация (пер. А. Мактас). Социологический форум. 2000; 3–4.
2. Sousa A.I., Corredeira R., Pereira A.L. The body in persons with an amputation. *Adapt. Phys. Activ. Q.* 2009; 26 (3): 236–58.
3. Arbour K., Latimer A., Ginis K., Jung M. Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapt. Phys. Activ. Q.* 2007; 24 (2): 144–59.
4. Gallagher P., MacClachlan M. Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthet. Orthot. Int.* 2000; 24 (3): 196–204.
5. Siller J., Silverman S. Studies of the upper-extremity amputee: VII. Psychological factors. *Artif. Limbs.* 1958; 5(2): 88–116.
6. Ruth M.M. Focus on upper extremity: therapeutic influences on the upper-limb amputee. *The Academy TODAY.* 2008; Suppl. of The O&P EDGE: A4–A7.
7. Desmond D.M., MacLaughlan M. Psychosocial issues in prosthesis and orthotic practice: A 25 year review of psychology. *Prosthet. Orthot. Int.* 2002; 26 (3): 182–8.
8. Новиков А.В. Методологические основы реабилитации больных с последствиями травм и заболеваний кисти: Дис. ...д-ра мед. наук; Нижний Новгород; 2004.
9. Darnall B., Ephraim P., Wegener S., Dillingham T., Pezzin L., Rossbach P., MacKenzie E.J. Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: a national survey. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 2005; 86 (4): 650–8.
10. Davidson J. A comparison of upper limb amputees and patients with upper limb injuries using the Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). *Disab. Rehab.* 2004; 5 (26): 917–23.
11. Desmond D.M. Coping, affective distress and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62 (1): 15–21.
12. Fisher K., Hanspal R. Phantom pain, anxiety and depression and their relation in consecutive patients with amputated limbs: case reports. *Br. Med. J.* 1998; 316: 903–4.
13. Richards T., Donn W., Garvert E., McDade E.C., Catherine C. Chronic psychological and functional sequelae after emergent hand surgery. *J. Hand Surg.* 2011; 36 (10): 1663–8.
14. Afshar A., Afshar N. Long-term follow up evaluation of bilateral total hand loss. *J. Hand Surg.* 2007; 32 (8): 1148–53.
15. Hamill R., Carson S., Dorahy M. Experiences of psychosocial adjustment within 18 months of amputation: An interpretative phenomenological analysis. *Disab. Rehab.* 2010; 32 (9): 729–40.
16. Gulick K.L. The occupational therapy role in rehabilitation for the person with an upper-limb amputation. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association, 2007.
17. Wetterhahn K.A., Hanson C., Levy C.E. Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2002; 81 (3): 194–201.
18. Cheung E., Alvaro R., Colotla V. Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehab. Psych.* 2003; 48 (2): 109–12.
19. Dunn D. Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism and control. *Rehab. Psych.* 1996; 41 (4): 285–302.
20. Wald J., Alvaro R. Psychological factors in work-related amputations: considerations for rehabilitation counselors. *J. Rehab.* 2004; 70 (4): 6–15.
21. Meyer T. Psychological aspects of mutilating hand injuries. *Hand Clinics.* 2003; 19 (1): 41–9.
22. Ehde D., Williams R., Hoffman A. A 2-year longitudinal study of depression following amputation. *Rehab. Psych.* 2002; 47 (3): 358–64.
23. Cavanagh S.R., Shin L.M., Karamouz N., Rauch S.L. Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics.* 2006; 47 (6): 459–64.
24. Fukunushi I. Relationship of cosmetic disfigurement to the severity of posttraumatic stress disorder in burn injury or digital amputation. *Psychother. Psychosom.* 1999; 68 (2): 82–6.
25. Karira A., Shah N., Joshi D., Goregaonkar A.B. Psychiatric disorders in traumatic amputation. *Indian J. Private Psychiatry.* 2011; 5 (1): 48–54.
26. Schnyder U., Moergeli H., Trentz O., Klaghofer R., Buddeberg C. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001; 164 (4): 653–6.

27. *Smurr L. M., Gulick K., Yancosek K., Ganz O.* Managing the upper extremity amputee: A protocol for success. *J. Hand Therapy.* 2008; 21 (2): 160–75.
28. *Andersson M., Deighan F.* Coping strategies in conjunction with amputation. division for health and caring sciences. Karlstads University; 2006.
29. *Racy J.C.* Psychological adaptation to amputation. In: Bowker J. H., Michael J.W., eds. *Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic, and rehabilitation Principles.* 2nd ed. Mosby Year Book, Inc. 1992: 707–16.
30. *Fisher K., Hanspal R.* Body image and patients with amputations: does the prosthesis maintain the balance? *Int. J. Rehabil. Res.* 1998; 21 (4): 355–63.
31. *Livneh H., Antonak R.F., Gerhardt J.* Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics.* 2000; 41 (3): 235–44.
32. *Malinowski J.M.* Facilitating psychosocial adjustment to traumatic amputations: perspectives of occupational therapists. Thesis, May 201: 32.
33. *Price E.M., Fisher K.* How does counseling help people with amputation? *J. Prosthetics and Orthotics.* 2002; 14 (3): 102–8.
34. *Bhuvaneshwar C.G., Epstein L.A., Stern T.A.* Reactions to amputation: recognition and Treatment. *J. Clin. Psychiatry.* 2007; 9 (4): 303–8.
35. *Saradjian A., Thompson A.R., Datta D.* The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different. *Disab. Rehab.* 2008; 30 (11): 871–83.
36. *Stubblefield K., Armstrong A.* Amputations and prosthetics. In: Radomski M.V., Latham C.A., eds. *Occupational therapy for physical dysfunction.* 6th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 1265–94.
37. *Horgan O., MacLachlan M.* Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disabil. Rehabil.* 2004; 22 (14–15): 837–50.
38. *Pillet J., Didierjean-Pillet A.* Aesthetic hand prosthesis: gadget or therapy? Presentation of a new classification. *J. Hand Surg. [Br].* 2001; 26 (6): 523–8.
39. *Esquenazi A.* Amputation rehabilitation and prosthetic restoration. From surgery to community reintegration. *Disab. Rehab.* 2004; 26 (14–15): 831–6.
40. *Callaghan B., Condie E., Johnsto M.* Using the common sense self-regulation model to determine psychological predictors of prosthesis use and activity limitations in lower limb amputees. *Prosthet. Orthot. Int.* 2008; 32 (3): 324–36.
41. *Мурзина Т.Ф.* Оценка эффективности психотерапии подростков с расстройствами адаптации вследствие ампутаций конечностей. *Травматология и ортопедия России.* 2005; 1 (35): 25–8.
6. *Ruth M.M.* Focus on upper extremity: therapeutic influences on the upper-limb amputee. *The Academy TODAY.* 2008; Suppl. of The O&P EDGE: A4–A7.
7. *Desmond D.M., MacLaughlan M.* Psychosocial issues in prosthesis and orthotic practice: A 25 year review of psychology. *Prosthet. Orthot. Int.* 2002; 26 (3): 182–8.
8. *Novikov A.V.* Methodologic principles of rehabilitation for patients with wrist injuries and diseases consequences: Dr. med. sci. Diss.; Nizhniy Novgorod; 2004 (in Russian).
9. *Darnall B., Ephraim P., Wegener S., Dillingham T., Pezzin L., Rossbach P., MacKenzie E.J.* Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: a national survey. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 2005; 86 (4): 650–8.
10. *Davidson J.* A comparison of upper limb amputees and patients with upper limb injuries using the Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). *Disab. Rehab.* 2004; 5 (26): 917–23.
11. *Desmond D.M.* Coping, affective distress and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62 (1): 15–21.
12. *Fisher K., Hanspal R.* Phantom pain, anxiety and depression and their relation in consecutive patients with amputated limbs: case reports. *Br. Med. J.* 1998; 316: 903–4.
13. *Richards T., Donn W., Garvert E., McDade E.C., Catherine C.* Chronic psychological and functional sequelae after emergent hand surgery. *J. Hand Surg.* 2011; 36 (10): 1663–8.
14. *Afshar A., Afshar N.* Long-term follow up evaluation of bilateral total hand loss. *J. Hand Surg.* 2007; 32 (8): 1148–53.
15. *Hamill R., Carson S., Dorahy M.* Experiences of psychosocial adjustment within 18 months of amputation: An interpretative phenomenological analysis. *Disab. Rehab.* 2010; 32 (9): 729–40.
16. *Gulick K.L.* The occupational therapy role in rehabilitation for the person with an upper-limb amputation. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association, 2007.
17. *Wetterhahn K. A., Hanson C., Levy C.E.* Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2002; 81 (3): 194–201.
18. *Cheung E., Alvaro R., Colotla V.* Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehab. Psych.* 2003; 48 (2): 109–12.
19. *Dunn D.* Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism and control. *Rehab. Psych.* 1996; 41 (4): 285–302.
20. *Wald J., Alvaro R.* Psychological factors in work-related amputations: considerations for rehabilitation counselors. *J. Rehab.* 2004; 70 (4): 6–15.
21. *Meyer T.* Psychological aspects of mutilating hand injuries. *Hand Clinics.* 2003; 19 (1): 41–9.
22. *Ehde D., Williams R., Hoffman A.* A 2-year longitudinal study of depression following amputation. *Rehab. Psych.* 2002; 47 (3): 358–64.
23. *Cavanagh S.R., Shin L.M., Karamouz N., Rauch S.L.* Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics.* 2006; 47 (6): 459–64.
24. *Fukunushi I.* Relationship of cosmetic disfigurement to the severity of posttraumatic stress disorder in burn injury or digital amputation. *Psychother. Psychosom.* 1999; 68 (2): 82–6.

REFERENCES

1. *E. Goffman.* Stigma: Notes on the management of spoiled identity. N.Y.: Prentice-Hall, 1963: Ch.5.
2. *Sousa A.I., Corredeira R., Pereira A.L.* The body in persons with an amputation. *Adapt. Phys. Activ. Q.* 2009; 26 (3): 236–58.
3. *Arbour K., Latimer A., Ginis K., Jung M.* Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapt. Phys. Activ. Q.* 2007; 24 (2): 144–59.
4. *Gallagher P., MacClachlan M.* Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthet. Orthot. Int.* 2000; 24 (3): 196–204.
5. *Siller J., Silverman S.* Studies of the upper-extremity amputee: VII. Psychological factors. *Artif. Limbs.* 1958; 5(2): 88–116.

25. Karira A., Shah N., Joshi D., Goregaonkar A.B. Psychiatric disorders in traumatic amputation. Indian J. Private Psychiatry. 2011; 5 (1): 48–54.
26. Schnyder U., Moergeli H., Trentz O., Klaghofer R., Buddeberg C. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001; 164 (4): 653–6.
27. Smurr L. M., Gulick K., Yancosek K., Ganz O. Managing the upper extremity amputee: A protocol for success. J. Hand Therapy. 2008; 21 (2): 160–75.
28. Andersson M., Deighan F. Coping strategies in conjunction with amputation. division for health and caring sciences. Karlstads University; 2006.
29. Racy J.C. Psychological adaptation to amputation. In: Bowker J. H., Michael J.W., eds. Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic, and rehabilitation Principles. 2nd ed. Mosby Year Book, Inc. 1992: 707–16.
30. Fisher K., Hanspal R. Body image and patients with amputations: does the prosthesis maintain the balance? Int. J. Rehabil. Res. 1998; 21 (4): 355–63.
31. Livneh H., Antonak R.F., Gerhardt J. Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. Psychosomatics. 2000; 41 (3): 235–44.
32. Malinowski J.M. Facilitating psychosocial adjustment to traumatic amputations: perspectives of occupational therapists. Thesis, May 2011: 32.
33. Price E.M., Fisher K. How does counseling help people with amputation? J. Prosthetics and Orthotics. 2002; 14 (3): 102–8.
34. Bhuvanewar C.G., Epstein L.A., Stern T.A. Reactions to amputation: recognition and Treatment. J. Clin. Psychiatry. 2007; 9 (4): 303–8.
35. Saradjian A., Thompson A.R., Datta D. The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different. Disab. Rehab. 2008; 30 (11): 871–83.
36. Stubblefield K., Armstrong A. Amputations and prosthetics. In: Radomski M.V., Latham C.A., eds. Occupational therapy for physical dysfunction. 6th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 1265–94.
37. Horgan O., MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. Disabil. Rehabil. 2004; 22 (14–15): 837–50.
38. Pillet J., Didierjean-Pillet A. Aesthetic hand prosthesis: gadget or therapy? Presentation of a new classification. J. Hand Surg. [Br]. 2001; 26 (6): 523–8.
39. Esquenazi A. Amputation rehabilitation and prosthetic restoration. From surgery to community reintegration. Disab. Rehab. 2004; 26 (14–15): 831–6.
40. Callaghan B., Condie E., Johnsto M. Using the common sense self-regulation model to determine psychological predictors of prosthesis use and activity limitations in lower limb amputees. Prosthes. Orthot. Int. 2008; 32 (3): 324–36.
41. Murzina T.F. Efficiency of psychotherapy of adolescents with adaptation disorders in consequence of extremities amputation. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2005; 1 (35): 25–8 (in Russian).

Сведения об авторе: Булюбаи Ирина Дмитриевна — канд. мед. наук, старший науч. сотр. отделения реабилитации.
Для контактов: 603155, Нижний Новгород, В-Волжская набережная д.18/1. Тел.: 8 (831) 436-01-60. E-mail: info@nniito.sci-nnov.ru.

ИНФОРМАЦИЯ

Приоровские чтения и конференция молодых ученых «НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ТРАВМАТОЛОГИИ-ОРТОПЕДИИ РОССИИ»

21–22 ноября 2013 г., Москва

Организаторы:

Министерство здравоохранения Российской Федерации,
ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России,
Российская ассоциация травматологов-ортопедов

ТЕМАТИКА СИМПОЗИУМА:

- Амбулаторная травматология и ортопедия.
- Повреждения и заболевания костно-мышечной системы.
- Повреждения и заболевания позвоночника.
- Артропластика крупных суставов.
- Эндоскопические методы.

Секретариат:

127299, Москва, ул. Приорова, д. 10, ЦИТО, Организационно-методический отдел.
Тел.: 8 (495) 450-45-11; 8 (495) 708-80-12. E-mail: cito-omo@mail.ru; rmapo-cito@mail.ru