



ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ КРИЗИСА, СВЯЗАННОГО С АМПУТАЦИЕЙ СТОПЫ

© А.К. Кутькова¹, М.В. Земляных²

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Для цитирования: Кутькова А.К., Земляных М.В. Особенности переживания пожилыми пациентами кризиса, связанного с ампутацией стопы // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 4. – С. 77–84. <https://doi.org/10.17816/PED11477-84>

Поступила: 04.06.2020

Одобрена: 14.07.2020

Принята к печати: 26.08.2020

Статья посвящена исследованию особенностей переживания кризиса, связанного с ампутацией стопы, пожилыми пациентами. Исследованы 31 пациент в возрасте 59–73 лет с угрозой ампутации стопы, находящимися на стационарном лечении на этапе реконструктивных операций. Вторую группу составили 32 пациента в возрасте 59–73 лет, перенесшие ампутацию стопы не менее 7 дней назад, проходящие послеоперационную реабилитацию в условиях стационара. Методы исследования: эмпирические (беседа, анкетирование, тестирование). Сравнение показателей, полученных в ходе эмпирического исследования, показало ряд различий в исследуемых группах, а именно, лица пожилого возраста с угрозой ампутации стопы чаще испытывают негативные эмоциональные переживания, используют неадаптивные копинг-стратегии, имеют более высокие показатели выраженности дисфункциональных установок, отмечают неудовлетворенность собственным телом и соотносят негативные эмоциональные переживания с нижними конечностями, особенно стопами. Пациенты с ампутированной стопой по сравнению с пациентами с угрозой ампутации стопы чаще испытывают положительные эмоции, отмечают менее выраженные болевые ощущения, используют психологическую защиту «интеллектуализация», реже отмечают неудовлетворенность телом в целом и проецируют весь спектр эмоций в области головы. Представлены результаты апробации и проверки эффективности психокоррекционной программы оптимизации психоэмоционального состояния пациентов с угрозой ампутации стопы.

Ключевые слова: психологический кризис; ампутация; пожилые люди; психологическая коррекция.

FEATURES OF EXPERIENCE OF CRISIS ASSOCIATED WITH FOOT AMPUTATION BY THE ELDERLY PATIENTS

© А.К. Kut'kova¹, M.V. Zemlianykh²

¹ St. Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint Petersburg, Russia;

² St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

For citation: Kut'kova AK, Zemlianykh MV. Features of experience of crisis associated with foot amputation by the elderly patients. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(4):77-84. <https://doi.org/10.17816/PED11477-84>

Received: 04.06.2020

Revised: 14.07.2020

Accepted: 26.08.2020

The article is devoted to the study of the features of experiencing a crisis associated with amputation of the foot by the elderly patients. The aim of the research was to study the characteristics of elderly patients experiencing a crisis associated with amputation of the foot. We studied 31 patients with the threat of foot amputation at the age of 59–73 years, who were hospitalized at the stage of reconstructive operations. The second group consisted of 32 patients aged 59–73 years who underwent amputation of the foot at least 7 days ago undergoing postoperative rehabilitation in the in-patient department of the hospital. Research methods: empirical (conversation, questioning, testing). A comparison of the indicators obtained during an empirical study revealed that elderly people with the risk of foot amputation are more likely to experience negative emotional experiences than elderly people with an amputated foot, use non-adaptive coping strategies, and have higher severity of dysfunctional beliefs, note dissatisfaction with one's own body and correlate negative emotional experiences with the

lower limbs, especially the feet. Compared to patients with the threat of foot amputation, patients with amputated foot are more likely to experience positive emotions, note less pronounced pain, use such psychological defense as intellectualization, note less dissatisfaction with their own body and project the entire spectrum of emotions in the head area. The results of testing and verifying the effectiveness of the program of psychological support for optimizing the psycho-emotional state of patients with the threat of foot amputation are presented.

Keywords: psychological crisis; amputation; elderly people; psychological support program.

ВВЕДЕНИЕ

В связи с развитием медицины и улучшением качества жизни во многих странах продолжительность жизни человека постоянно растет. Вместе с тем такие заболевания, как сахарный диабет и нарушения сердечно-сосудистой системы, неумолимо молодеют. Количество людей, страдающих этими недугами, а также длительность заболевания увеличиваются. На начальных этапах своего развития они не доставляют большого дискомфорта больному, а может и вовсе не восприниматься всерьез. Но, к сожалению, прогрессирование выше-названных заболеваний, особенно при отсутствии соответствующего лечения, неизбежно приводит к ухудшению общего состояния здоровья человека и снижению качества его жизни, а на последних своих этапах они могут представлять угрозу жизни человека. Одним из возможных последствий данных заболеваний является ампутация конечности [2, 4].

К счастью, современные методы диагностики (ангиография) и лечения данных патологий, в особенности выполнение реконструктивных операций по восстановлению кровотока, позволяют снизить уровень ампутации. Так, на профильных отделениях, занимающихся лечением описанных осложнений, самой частой операцией ампутации является ампутация пальцев или ампутации на уровне стопы. Еще 10 лет назад считалось удачей, если подобным пациентам удалось сохранить колено [9].

Однако о какой высоте ампутации мы бы не говорили, она все равно остается хирургическим вмешательством, в результате которого человек теряет часть своего тела. Пациенты, перенесшие ампутацию, переживают утрату и кризис потери физической целостности [5, 6]. Психическое состояние человека, который перенес ампутацию, можно отнести к категории острого горя. Факт ампутации переживается как личная трагедия, приводит к пересмотру отношения к себе, изменению самооценки, утрате трудоспособности, необходимости находить новую социальную нишу, так как происходит изменение социального статуса человека. Для многих людей ампутация ставит крест на карьере и нередко приводит к утрате смысла существования [7]. В.В. Николаева отмечает, что ситуация развития человека в условиях хронической

соматической болезни характеризуется экстремальностью, опасностью для жизни, эмоциональной насыщенностью и потому может спровоцировать ситуационно-обусловленный кризис развития [5, 6]. Источником посттравматического кризиса является также тяжелое физическое состояние, постоянные ноющие боли, утрата двигательных функций. Несмотря на то что восстановление функций ходьбы при низких ампутациях происходит значительно быстрее и легче, чем при высоких, мотивация человека на реабилитацию и его настрой играют очень большую роль в этом процессе [1]. Если говорить о пожилых пациентах, то процесс реабилитации усложняется в силу их возрастных психологических особенностей: высокий уровень тревожности, повышенная ипохондричность, когнитивная ригидность [8, 10, 11]. Факт ампутации, даже влекущий за собой потерю небольшого участка тела, может восприниматься лицами пожилого возраста как огромная трагедия, провоцировать «уход в болезнь» и вызывать нежелание восстанавливаться после операции [3, 12]. Пациенты, которые находятся на этапе «спасения» конечностей, находятся в ситуации неопределенности, не зная, будет ли положительный эффект от реконструктивных операций, которые, в свою очередь, являются довольно продолжительными и болезненными [5]. Эмоциональный компонент переживания кризиса потери физической целостности изучен в работах таких авторов, как О.Н. Рыбников [7], В.В. Николаева [5, 6]. Поэтому в данном исследовании особое внимание уделено когнитивному и поведенческому аспекту переживания изучаемого кризиса. Также часть проективных методик направлены на изучение переживания кризиса на телесном уровне, в связи с тем что ампутация влечет за собой изменения в теле человека и влияет на его телесное «Я».

Целью исследования является изучение особенностей переживания пожилыми пациентами кризиса, связанного с ампутацией стопы.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи: исследовать актуальное эмоциональное состояние пациентов, выраженность психопатологической симптоматики, их отношение к собственному телу, защитно-совладающее поведение и дисфункциональные установки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованы 63 пациента в возрасте 59–73 лет. Первую группу составили 31 пациент, имеющие угрозу ампутации стопы и находящиеся на стационарном лечении; вторую группу — 32 пациента, перенесшие ампутацию стопы менее 7 дней назад, проходящие послеоперационную реабилитацию в условиях стационара. Письменное разрешение на проведение исследования было получено от заведующего отделением спасения конечностей и от главной медицинской сестры отделения. Учитывая возраст пациентов и тяжесть соматического состояния, перед началом исследования проводилась консультация с лечащим врачом каждого пациента в отдельности. В зависимости от состояния здоровья пациента врач давал согласие на участие или не участие пациента в исследовании, а также рекомендовал оптимальное время, на которое его можно вовлекать в деятельность. После каждый пациент подписывал информированное согласие на участие в исследовании и высказывал пожелания, в какое время ему комфортнее встречаться с исследователем. Методы исследования: эмпирические (обсервационный — невключенное наблюдение, беседа, анкетирование), тестовые — «Шкала дифференциальных эмоций» (ШДЭ) К. Изарда в адаптации А.В. Леоновой и М.С. Капицы, методика «Дерево» Д. Лампен в адаптации Л.П. Пономаренко, «Шкала выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R), методика Дерогатиса в адаптации Н.В. Тарабриной, методика «Автопортрет» Р. Бернса в адаптации Е.С. Романова и О.Ф. Потемкина, методика «Тест цветоуказания неудовлетворенности собственным телом» (САРТ) О. Вулей и С. Ролла (1991), методики «Телесная география эмоций» В.А. Ананьева и Е.А. Горской (2003), «Шкала болевых ощущений» А.К. Кутьковой и М.Л. Захаровой, «Где я испытываю боль»

А.К. Кутьковой и М.Л. Захаровой, «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Л.И. Вассерман, А.Я. Вукса, Б.В. Иовлевой и Э.Б. Карповой, «Копинг-тест» Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк и М.С. Замышляевой, «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана и Х.Р. Конта в адаптации Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенникова, «Шкала дисфункциональных отношений» А. Бека и А. Вейсмана в адаптации М.Л. Захаровой. Статистическая обработка данных проводилась с использованием следующих критериев: *U*-критерий Манна–Уитни (с целью исследования значимых различий между показателями по шкалам методик), коэффициент ранговой корреляции Спирмена (для установления наличия или отсутствия связей между показателями различных методик с целью дальнейшего изучения характера данных связей, в случае их выявления), и *T*-критерий Вилкоксона (для проверки эффективности психокоррекционной программы).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты с ампутированной стопой имеют значимо более высокие ($p \leq 0,05$) показатели по индексу позитивных эмоций, а пациенты с угрозой ампутации стопы значимо более высокие показатели по индексу тревожно-депрессивных эмоций (рис. 1). Мы связываем это с тем, что на пациентов с ампутированной стопой на момент исследования действовало меньшее количество стрессоров, а именно: они перестали испытывать сильные боли и уже пережили этап подготовки к операции и саму операцию, которая являлась источником страхов и тревоги в связи с ее непредсказуемым результатом.

По инструкции, которую мы давали пациентам к методике «Дерево» Л.П. Пономаренко, дерево, изображенное на бланке методики, символизировало процесс лечения и путь к выздоровлению пациентов. Результаты данной методики

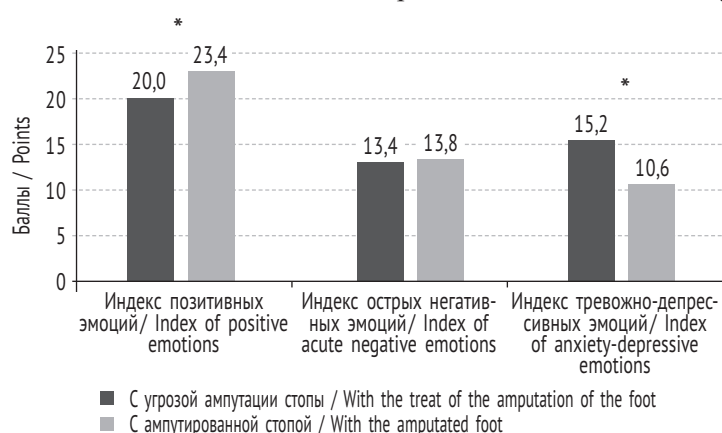


Рис. 1. Показатели эмоциональных индексов пациентов по шкале дифференциальных эмоций К. Изарда. * $p \leq 0,05$

Fig. 1. The indicators of emotional indices of the patients by the the Scale of Differential Emotions (K. Isard). * $p \leq 0,05$

демонстрируют, что пациенты обеих групп стремятся к выздоровлению, но пациенты с угрозой ампутации стопы ощущают свою отстраненность от процесса лечения, тогда как пациенты с ампутированной стопой начинают в него вовлекаться. На наш взгляд, это может быть связано с тем, что пациенты с угрозой ампутации стопы не имеют достаточной осведомленности о своем заболевании, смысле и назначении процедур, которые им проводятся. В процессе наблюдения нами было отмечено, что врачам часто не хватает времени и терпения на подробное и многократное разъяснение пациентам всех аспектов их заболевания и процесса лечения. Родственники, чаще дети пациентов, также не считают необходимым подробно разъяснять своим родителям и прародителям особенности их болезни и лечения, объясняя это тем, что им (пациентам) сейчас «не до этого», пациенты «все-равно ничего не поймут из-за возраста» и «какая им разница, за лечение уже заплачено». Отдельная часть пациентов сами отказываются от информации о лечении, так как выраженный болевой синдром отодвигает потребность в информации на второй план, выводя на первый необходимость снять боль любыми способами. В результате пациенты данной группы оказываются отстраненными от процесса лечения, которым занимается медицинский персонал и родственники. Пациенты с ампутированной стопой перестают ощущать сильную боль, у них появляется возможность начинать самостоятель-

но передвигаться и появляются силы общаться как с соседями по палате, так и с медицинским персоналом. Это дает им ощущение собственного участия в процессе лечения, а также мотивацию на скорейшее выздоровление, так как они начинают видеть прогресс.

Пациенты с угрозой ампутации стопы имеют значимо более выраженные показатели по шкале «фобическая тревожность» ($p \leq 0,01$). Это может быть связано с переживаниями пациентов по поводу предстоящей операции. Пациенты с ампутированной стопой имеют тенденцию к большей соматизации и значимо более выраженные показатели наличного симптоматического дистресса ($p \leq 0,05$). Это можно объяснить тем, что боль в оперированной ноге снижается, и пациенты начинают обращать внимание на другие имеющиеся у них болезни.

Среди пациентов с ампутированной стопой чуть меньше половины или не изображали часть ноги, или не дорисовывали ногу до конца, 16 % пациентов с угрозой ампутации стопы изображали себя с атрибутами инвалида (костыли, протезы-накладки на ногу), которые ими на тот момент не использовались. Среди пациентов с ампутированной стопой, которые используют и костыли, и накладки, только 6 % изобразили себя с ними. На наш взгляд, это может указывать на то, что пациенты с угрозой ампутации стопы больше обеспокоены возможным приобретением инвалидности, когда как пациенты с ампутированной стопой больше обращают внимание на последствия операции (факт отсутствия части ноги). Больше половины пациентов обеих групп не изображали на своем лице зрачки и уши. Это предположительно можно связать как со старческим снижением слуха и зрения у пациентов, так и с тем, что, возможно, при изображении тела пациенты больше были сконцентрированы на теле, в особенности — на конечностях, а не на частях лица, либо, что также предположительно, с отрицанием информации.

Методика «Тест цветоуказания неудовлетворенности собственным телом» демонстрирует, что пациенты с угрозой ампутации стопы в целом больше не удовлетворены своим телом, по сравнению с пациентами с ампутированной стопой (рис. 2). Это подтверждают общие показатели неудовлетворенности телом (в группе пациентов с угрозой ампутации стопы общий показатель — 3,1, где 1 — удовлетворен телом, а 5 — неудовлетворен телом; в группе пациентов с ампутированной стопой общий показатель — 2,7).

Значимые различия обнаружены по шкалам «волосы» и «верхняя часть живота» ($p \leq 0,05$), неудовлетворенность которыми выше у пациентов

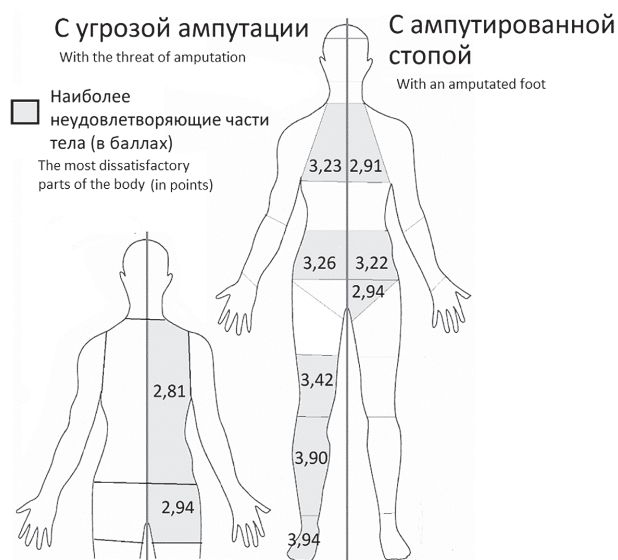


Рис. 2. Показатели неудовлетворенности своим телом пациентов (методика «Тест цветоуказания неудовлетворенности собственным телом» (CART) О. Вулей и С. Ролла)

Fig. 2. Patient's body dissatisfaction rates by the "Test color indices of dissatisfaction with one's own body" (CART) O. Vuley, S. Roll

с угрозой ампутации стопы, однако они находятся в пределах положительного полюса (удовлетворяет). Также значимые различия обнаружены по шкалам, которые отражают удовлетворенность всей ногой: «верхняя часть бедра» ($p \leq 0,05$), «нижняя часть бедра» ($p \leq 0,05$), «голень» ($p \leq 0,01$), «стопы» ($p \leq 0,01$), с более высокими показателями неудовлетворенности у пациентов с угрозой ампутации стопы. Все они располагаются в отрицательном полюсе. При этом неудовлетворенность частями ноги у пациентов с угрозой ампутации возрастает от верхней части («верхняя часть бедра») к нижней — пораженному участку («стопа»). Для пациентов данной группы стопа также является самым неудовлетворяющим участком тела. На наш взгляд, это имеет прямую связь с болезнью пациентов. На этапе «спасения» конечность сильно болит, имеет непривлекательный вид, является источником стресса и переживаний. Отек и покраснения поднимаются от стопы выше к голени, а многие медицинские процедуры проводятся через бедренную артерию, что вызывает неудовлетворенность всей областью ноги. У пациентов с ампутированной стопой ситуация иная. После операции через пару дней боль в ноге начинает стихать и отек спадает, что, вероятно, снижает неудовлетворенность областью ног.

В методике «Тест цветоуказания неудовлетворенности собственным телом» пациенты с ампутированной стопой на рисунках проецируют на область головы большее, по сравнению с пациентами с угрозой ампутации стопы, количество эмоций, при этом чаще эмоции имеют отрицательный полюс. Пациенты с угрозой ампутации стопы проецируют на область головы в два раза больше положительных эмоций, чем отрицательных. Также они значимо чаще по сравнению с пациентами

с угрозой ампутации располагают отрицательные эмоции в области ног ($p \leq 0,05$). По нашему мнению, пациенты с угрозой ампутации стопы источником своих негативных переживаний считают пораженный участок ноги, в связи с чем ассоциируют отрицательные эмоции именно с ним. Пациенты с ампутированной стопой, что было также подтверждено в результате диагностической беседы, часто испытывают противоречивые эмоции (радость—грусть, надежда—отчаяние) и многократно обдумывают произошедшее с ними. По словам пациентов, они «очень много думают», что вызывает у них различные эмоции. Возможно, с этим связана локализация ими своих эмоций в области головы (рис. 3).

Анализ результатов авторских методик «Где я испытываю боль» и «Шкала боли» позволил установить, что пациенты с угрозой ампутации стопы локализуют все болевые ощущения в области пораженной ноги, при этом интенсивность этой боли выше, чем у пациентов второй группы. Пациенты с ампутированной стопой начинают замечать боль и в других участках тела, помимо ног.

Среди пациентов с угрозой ампутации стопы встречается чистый анозогнозический тип отношения к болезни, который не встречается в группе пациентов с ампутированной стопой. Также в обеих группах часто встречается эргопатический тип отношения к болезни, а большая часть смешанных типов отношения к болезни среди пациентов обеих групп является дезадаптивной.

Для диагностики защитно-совладающего поведения нами была использована методика «Копинг-тест». Значимые различия были обнаружены по шкалам «конфронтация» ($p \leq 0,05$) и «планирование решения» ($p \leq 0,05$) проблемы, которые выше

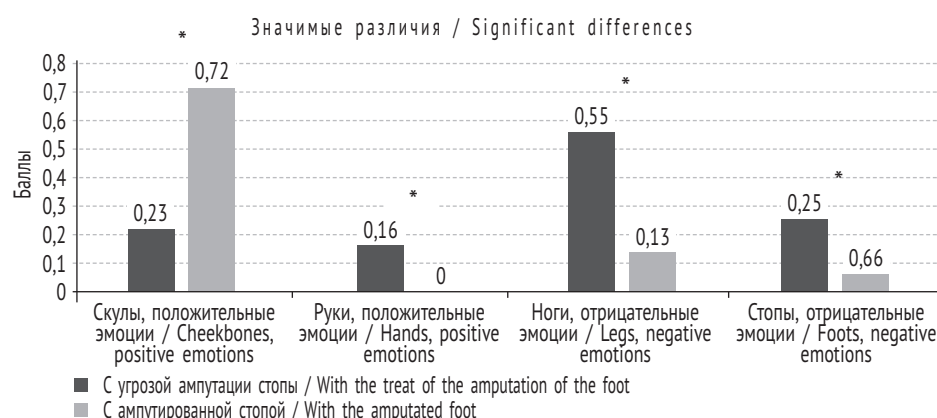


Рис. 3. Телесная локализация эмоций у пациентов (методика «Телесная география эмоций» В.А. Ананьева и Е.А. Горской). * $p \leq 0,05$

Fig. 3. Patient's body localization of emotions ("Body Geography of Emotions" methodology by V.A. Ananyev and E.A. Gorsky, 2003). * $p \leq 0,05$

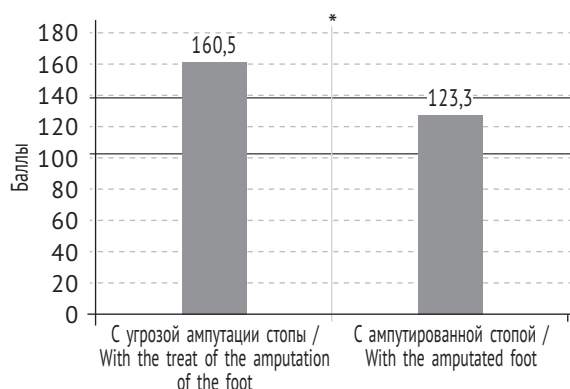


Рис. 4. Выраженность дисфункциональных установок пациентов (методика «Шкала дисфункциональных отношений» А. Бека и А. Вейсмана в адаптации М.Л. Захаровой). * $p \leq 0,01$

Fig. 4. The severity of dysfunctional beliefs of the patients ("The Scale of dysfunctional relationships" methodology by A. Beck and A. Weisman in adaptation M.L. Zakharova, 2001). * $p \leq 0,01$

у пациентов с ампутированной стопой, и шкале «дистанцирование» ($p \leq 0,05$), которая выше у пациентов с угрозой ампутации стопы. Полученные результаты соотносятся с результатами методики «Дерево» Л.П. Пономаренко, указывая на то, что пациенты первой группы отдалены от процесса лечения.

Анализ результатов методики «Индекс жизненного стиля» позволил выявить значимые различия по психологической «интеллектуализация» ($p \leq 0,05$), которая выше у пациентов с ампутированной стопой. Это, в свою очередь, соотносится с результатами методики «Телесная география эмоций».

Анализ результатов методики «Шкала дисфункциональных отношений» позволила установить, что у пациентов с угрозой ампутации стопы выраженность дисфункциональных установок не только значимо выше ($p \leq 0,01$), чем у пациентов с ампутированной стопой, но и выходит за границы условной нормы (рис. 4). По результатам проведенного качественного анализа было установлено, что большее количество дисфункциональных убеждений, по которым имеются различия между группами, касаются сферы самоотношения.

Корреляционный анализ показал, что в группе пациентов с угрозой ампутации стопы выраженность дисфункциональных установок имеет сильную положительную связь с показателем неудовлетворенности своим телом (в частности, голенью), фобической тревожностью, эмоцией страха и индексом острых негативных эмоций. Так как дисфункциональные установки являются менее динамичным образованием, чем эмоции и отношения, то, на наш взгляд, именно степень

их выраженности оказывает влияние на эмоциональное состояние человека и формирует отношение к пораженному болезнью участку тела. Однако возможен и обратный процесс — состояние болезни формирует у человека негативное отношение к пораженному участку ноги, усиливает эмоции страха и тревоги, под воздействием чего и происходит формирование новых дисфункциональных установок, и усиливается убежденность в уже имеющихся.

Копинг-стратегия поиска социальной поддержки в этой же группе пациентов имеет сильную отрицательную взаимосвязь с индексом острых негативных эмоций. На наш взгляд, это может указывать на то, что, с одной стороны, поддержка близких и медицинского персонала может снижать интенсивность негативных эмоциональных переживаний и, с другой стороны, пациенты с менее выраженными негативными эмоциональными переживаниями легче вступают во взаимодействие с окружающими и принимают от них поддержку.

В группе пациентов с ампутированной стопой интенсивность боли в пораженной конечности имеет сильную положительную связь с эмоцией горя, индексом тревожно-депрессивных эмоций и индексом негативных эмоций. Пережив операцию, пациенты надеются, что теперь все позади, и мучающие их дооперационные боли должны пройти. Но после операции ампутации боли проходят не сразу и, по нашему мнению, чем сильнее боль, тем интенсивнее пациент испытывает эмоции горя, тревоги и другие негативные и тревожно-депрессивные эмоции. Они (эмоции), в свою очередь, могут усиливать субъективное ощущение боли в прооперированном участке.

После анализа полученных результатов исследования было принято решение разработать психокоррекционную программу, направленную на коррекцию выделенных в ходе исследования мишеней.

Целью данной программы была оптимизация психоэмоционального состояния пациентов в предоперационный период. Объектом выступили пожилые пациенты с угрозой ампутации стопы в возрасте 60–66 лет, находящиеся на лечении в отделении «Центр спасения конечностей» СПб ГБУЗ № 14, 8 человек. Для программы психологической коррекции были выделены следующие мишени:

1. Высокий уровень тревоги (обусловленный особенностями возраста, нахождением в непредсказуемой ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью, предстоящим оперативным вмешательством, дефицитом информации о болезни и лечении).
2. Негативные эмоциональные реакции (страх, стыд).
3. Использование неконструктивных копинг-стратегий (дистанцирование).

4. Дисфункциональные установки, способствующие повышению уровня тревоги («Если я задаю вопрос, то это признак моей несостоятельности», «Когда человек просит о помощи, это признак его слабости», «Я — ничтожество, если человек, которого я люблю, меня не любит» и т. п.).
5. Дефицит информации о своем заболевании и процессе лечения.

Для оценки эффективности психокоррекционной программы при втором ее проведении была сформирована, помимо основной тренинговой группы, контрольная группа пациентов, которые не участвовали в тренинговых занятиях. Пациенты обеих групп проходили тестирование дважды: перед началом проведения тренинговой программы и через 16 дней после ее окончания.

После анализа полученных результатов проверки эффективности было выявлено, что у пациентов тренинговой группы снизились показатели негативных эмоций, появилась тенденция к использованию более адаптивных копинг-стратегий, таких как поиск социальной поддержки и самоконтроль, и значительно снизилась выраженность дисфункциональных установок. Данные изменения демонстрируют, что предложенная программа психологического сопровождения пациентов положительно влияет на эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты переживаемого кризиса утраты целостности.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с угрозой ампутации стопы значимо чаще доминирующими эмоциями являются презрение, страх и стыд, они демонстрируют значимо более высокие показатели по индексу тревожно-депрессивных эмоций. Пациенты с ампутированной стопой имеют значимо более высокие показатели по индексу позитивных эмоций. Пациенты обеих групп стремятся к выздоровлению, пациенты с угрозой ампутации стопы ощущают свою отстраненность от процесса лечения.

2. Пациенты с угрозой ампутации стопы имеют значимо более выраженные показатели по шкале «фобическая тревожность». Пациенты с ампутированной стопой имеют значимо более выраженные показатели симптоматического дистресса и тенденцию к большей соматизации.

3. Пациенты с угрозой ампутации стопы в целом не удовлетворены своим телом и соотносят негативные эмоциональные переживания с нижними конечностями, испытывают более интенсивные болевые ощущения в области пораженной конечности. Пациенты с ампутированной стопой реже отмечают неудовлетворенность своим телом и проецируют эмоции на область головы.

4. Пациенты с угрозой ампутации стопы имеют значимо более высокие показатели по копинг-стратегии «дистанцирование» по сравнению с пациентами с ампутированной стопой. Пациенты с ампутированной стопой показывают значимо более высокие результаты по шкалам «конфронтация» и «планирование решения проблемы». Психологическая защита «интеллектуализация» значимо более выражена у пациентов с ампутированной стопой.

5. Среди пациентов с ампутированной стопой чаще встречаются эргопатический и гармоничный типы отношения к болезни, которые считаются адаптивными. Среди пациентов с угрозой ампутации стопы больше половины пациентов демонстрируют эргопатический тип отношения к болезни. Одновременно с этим, остальные пациенты чаще демонстрируют смешанные типы отношения к болезни, которые считаются дезадаптивными.

6. У пациентов с угрозой ампутации стопы выраженность дисфункциональных установок не только выше, чем у пациентов с ампутированной стопой, но и выходит за границы условной нормы. Большее количество дисфункциональных убеждений, по которым имеются различия между группами, касаются сферы самоотношения.

7. Корреляционный анализ выявил следующие наиболее значимые взаимосвязи между исследуемыми показателями: чем выше степень выраженности неудовлетворенности своим телом, тем больше вероятность формирования дезадаптивных смешанных типов отношения к болезни и дисфункциональных когнитивных установок; степень выраженности дисфункциональных установок, в свою очередь, имеет положительную корреляционную связь с такими показателями, как фобическая тревожность, страх и индекс острых негативных эмоций; копинг-стратегия поиска социальной поддержки имеет сильную отрицательную взаимосвязь с индексом острых негативных эмоций; в группе пациентов с ампутированной стопой существуют сильные положительные корреляционные связи между величиной индекса позитивных эмоций и копинг-стратегиями «планирование» и «поиск социальной поддержки», интенсивность боли в пораженной конечности усиливает переживание горя, тревожно-депрессивных и негативных эмоций; выраженность дисфункциональных установок ослабляет тенденции формирования гармоничного типа отношения к болезни.

8. Программа психологического сопровождения пациентов с ампутированной стопой и с угрозой ампутации стопы, разработанная на основе результатов исследования и направленная на психологическое

образование (распознавание и регуляция эмоций, понимание их роли в улучшении не только психического, но и физического состояния), стабилизацию эмоциональной сферы, выработку конструктивных копинг-стратегий и замену дисфункциональных установок на функциональные, способствовала улучшению психологического состояния пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоедова М.В. Улучшение качества жизни геронтологических больных с дистальной диабетической макроангиопатией путем снижения уровня ампутации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 22 с. [Beloeodova MV. Uluchshenie kachestva zhizni gerontologicheskikh bol'nykh s distal'noy diabeticheskoy makroangiopatiey putem snizheniya urovnya amputatsii. [dissertation abstract] Moscow; 2005. 22 p. (In Russ.)]
2. Иванова В.Д., Колсанов А.В., Миронов А.А., Яремин Б.И. Ампутации. Операции на костях и суставах: учебное пособие для студентов медицинских вузов. – Самара: Офорт, 2007. – 176 с. [Ivanova VD, Kolsanov AV, Mironov AA, Yaremin BI. Amputatsii. Operatsii na kostyakh i sustavakh: uchebnoe posobie dlya studentov meditsinskikh vuzov. Samara: Ofort; 2007. 176 p. (In Russ.)]
3. Кириченко А.А. Взаимосвязь внутренней картины болезни и тревожно-депрессивных расстройств в пожилом возрасте // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: студенческая международная научно-практическая конференция. – Новосибирск, 2018. [Kirichenko AA. Vzaimosvyaz' vnutrennei kartiny bolezni i trevozhno-depressivnykh rasstroystv v pozhilom vozraste. (Conference proceedings) Nauchnoe soobshchestvo studentov XXI stoletiya. Gumanitarnye nauki: studencheskaya mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya. Novosibirsk; 2018. (In Russ.)]
4. Куликова А.Н. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета II типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, хирургическое и медикаментозное лечение, профилактика: Дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2009. – 269 с. [Kulikova AN. Obliteriruyushchiy ateroskleroz arteriy nizhnikh konechnostey na fone sakharnogo diabeta II tipa: etiopatogenez, klinika, diagnostika, khirurgicheskoe i medikamentoznoe lechenie, profilaktika. [dissertation abstract] Saratov; 2009. 269 p. (In Russ.)]
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 166 с. [Nikolaeva VV. Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku. Moscow: Izd-vo MGU; 1987. 166 p. (In Russ.)]
6. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – М., 1992. – 48 с. [Nikolaeva VV. Lichnost' v usloviyakh khronicheskogo somaticheskogo zabolevaniya. [dissertation abstract] Moscow; 1992. 48 p. (In Russ.)]
7. Рыбников О.Н., Смекалкина Л.В., Палецкая С.Н. Психический статус лиц, перенесших травматическую ампутацию конечности, и задачи психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – № 1. – С. 28–34. [Rybnikov ON, Smekalkina LV, Paletskaya SN. Mental status of persons that have undergone limb amputations and tasks of psychotherapy. *Social and clinical psychiatry*. 2005;15(1):28-34. (In Russ.)]
8. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Пер. с англ. под ред. Л.А. Рудкевича. 4-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2010. – 256 с. [Styuart-Gamil'ton Ya. The psychology of aging. Translated from English L.A. Rudkevich. 4th revised and updated. Sankt Peterburg: Piter; 2010. 256 p. (In Russ.)]
9. Фоменко А.А. Выбор уровня ампутации у больных с критической ишемией нижних конечностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь, 2005. – 20 с. [Fomenko AA. Vybory urovnya amputatsii u bol'nykh s kriticheskoy ishemiey nizhnikh konechnostey. [dissertation abstract] Stavropol'; 2005. 20 p. (In Russ.)]
10. Яцемирская Р.С. Психопатология пожилого и старческого возраста: учеб. пособие. – М.: МГСУ, 2002. – 187 с. [Yatsemirskaya RS. Psikhologiya pozhilogo i starcheskogo vozrosta: ucheb. posobie. Moscow: MGSU; 2002. 187 p. (In Russ.)]
11. Birditt KS. Enacted support during stressful life events in middle and older adulthood: An examination of the interpersonal context. *Psychol Aging*. 2012;27(3): 728-741. <https://doi.org/10.1037/a0026967>.
12. Diehl M. Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample. *Dev Psychol*. 2014;50(2):634-648. <https://doi.org/10.1037/a0033619>.

◆ Информация об авторах

Анна Константиновна Кутькова — клинический психолог, НИИ Скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург. E-mail: kutkova.nura@yandex.ru.

Марина Веанировна Земляных — канд. мед. наук, доцент кафедры психосоматики и психотерапии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: mvz6@mail.ru.

◆ Information about the authors

Anna K. Kut'kova — Clinical psychologist, St. Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint Petersburg, Russia. E-mail: kutkova.nura@yandex.ru.

Marina V. Zemlianykh — MD, PhD, Docent, Department of Psychosomatic and Psychotherapy, St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Saint Petersburg, Russia. E-mail: mvz6@mail.ru.